Registro de presión arterial

Nombre de la persona _____

Mes _____

Rango objetivo indicado por el médico _____

Brazo / posición _____

Fecha	Hora	Sistólica (valor máximo)	Diastólica (valor mínimo)	Pulso	Notas

Fecha	Hora	Sistólica (valor máximo)	Diastólica (valor mínimo)	Pulso	Notas